SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE

FEDERATION FRANÇAISE DE SURF

OLYMPIADE 2025-2028

Remplir les pages 5 à 13 avant la visite médicale et les présenter au médecin
Donner la page 2 au médecin (ou au secrétariat)

Table des matières

Instructions pour le Centre de Médecine du Sport 2
Cadre réglementaire du SMR 2
Miniguide de l'antidopage 4
Bilan SMR para surf 5
Bilan diététique 9
Bilan psychologique 12
Questionnaire de surentraînement 13
Électrocardiogramme au repos 15

INSTRUCTIONS POUR LE CENTRE DE MEDECINE DU SPORT

Il est important que le Centre de médecine du sport réalisant le SMR :

1. **Mettre en œuvre le protocole** de la surveillance médicale réglementaire et à respecter les modalités prévues par le code du sport et par la Fédération Française de surf.

2. **Transmettre** par email, au médecin fédéral le Docteur Audrey FRANCOIS les résultats des examens (c'est à dire **le dossier SMR complété)** : medical@surfingfrance.com

3. Le jour de l'examen, **compléter le formulaire fédéral de suivi** en y précisant les informations demandées (flasher le QR code ci-dessous ou cliquer/taper sur le lien suivant) : https://forms.gle/XrQMeJHNTCkVkswUA

4. En fin d'année civile (pour les centres conventionnés), **transmettre une facture pour l'ensemble des SMR réalisés** aux personnes suivantes :

   - Rémi CASTAING (pôle comptabilité) : compta@surfingfrance.com
   - Mickael BORDE (référent SMR) : mickael.ctn@surfingfrance.com
   - Au directeur technique National : dtn@surfingfrance.com

CADRE REGLEMENTAIRE DU SMR

Commission médicale du 12 Mars 2021.

Nature des examens médicaux pour les surfeurs de Haut Niveau, Espoirs et Collectifs Nationaux à partir du 1er novembre 2016. (Article A 231-3 du code du sport)

Article L231-6 du Code du Sport.

Articles A 231-3 et 4 du Code du sport

Dans les deux mois qui suivent la première inscription sur la liste des sportifs de haut niveau et annuellement pour les inscriptions suivantes, les sportifs de haut niveau doivent se soumettre à :

1. ***Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant :***
    a. *Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;*
    b. *Un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;*
    c. *Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;*
    d. *La recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;*
2. ***Un électrocardiogramme de repos.***

A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique mentionnés au 1° peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien.

Périodicité de la surveillance médicale.

- *Dans les 2 mois qui suivent la 1ère inscription en liste.*
- *Annuellement pour les inscriptions suivantes.*

Examen préalable à l'inscription en liste donc hors prise en charge fédérale :

- *Visite médicale.*
- *Echographie cardiaque.*

Examens médicaux préconisés hors surveillance médicale réglementaire donc hors prise en charge fédérale :

- *Examen ORL en particulier recherche d'exostose*
- *Examen dermatologique pour tous et en particulier pour les sportifs des DOM*
- *Examen dentaire*

La Commission médicale de la FF Surf.

MINIGUIDE DE L'ANTIDOPAGE



FFSURF

BILAN SMR PARA SURF

Date de l'examen :

Nom, Prénom:

Date de Naissance :

adresse:

Tel :

Mail :

Sports pratiqués/ classification (derniers résultats) :

Activités : Entrainements (Spé/ PPG) :

autres :

Antécédents :

- Médicaux : -

- Chirurgicaux :

- Traumato : -

- Allergiques :

Traitements actuels+++:

Vaccins :

Etat bucco-dentaire :

BILAN DU HANDICAP :

Médecin MPR référent :

I-*PARAPLEGIE/TETRAPLEGIE :*
Grade Asia : …….
Niveau moteur :
Niveau sensitif :
Spasticité : 0 / + / ++ / +++ Gênante pendant le sport □ OUI □ NON
Etiologie : □Traumatisme vertébral □Tumorale □ Vasculaire □ Myélite
□ Autre, précisez :
Etat de la peau :
Passé (cicatrices) :
Actuel :
Etat urinaire (infection, lithiase, mode de vidange, …)
conclusions du dernier Bilan Urodynamique :

Troubles végétatifs ? (troubles tensionnels, du rythme cardiaque, intestinaux.)
Phlébites anciennes : □OUI □ NON
Ostéome : □ OUI □ NON
Si oui Précisez où :
Fracture des membres inférieurs : □ OUI □ NON
Précisez où :
Douleurs : □ OUI □ NON
Précisez où :
Interventions subies :
Verticalisation : □ OUI □ NON
Fréquence :
Marche : □ OUI □ NON
Distance :
Avec aide technique et ou appareillage : □ OUI □ NON
Si oui le(s)quel(s)

II- AMPUTE
Etiologie : Traumatique Tumorale 5 Vasculaire
Localisation : □ MSD □ MSG
□ MID □ MIG
Appareillage utilisé dans la vie quotidienne : □ OUI □ NON
Si oui, type : Prothèse
Appareillage utilisé dans le sport : □ OUI □ NON
Si oui, type :
Douleurs : □ OUI □ NON
Type et localisation :
Lésion du moignon : □ OUI □ NON : occasionnelle
Importance :
Localisation :
Circonstances d'apparition :

III- PATHO NEURODEGENERATIVES :

Age de survenue :
Localisation : □ MSD □ MSG
□ Tronc
□ MID □ MIG
Scoliose : □ OUI □ NON Arthrodèse : □ OUI □ NON
Interventions subies :
Appareillage utilisé dans la vie quotidienne : □ OUI □ NON
Si oui, type :
Appareillage utilisé dans le sport : □ OUI □ NON

IV- CECITE VISUELLE :

□ Complet □ Incomplet :
voit formes : □ OUI □ NON
voit lumières : □ OUI □ NON
Etiologie : □diabète □traumatique □ décollement de rétine □ rétinopathie pigmentaire
□ autres, précisez……..
Acuité visuelle : OD = /
OG = /
Champs visuel : OD = /
OG = /
Correction : ……

V- LESION CEREBRALE :

Paralysie cérébrale AVC Traumatisme crânien
Hémiplégie néonatale : 5droite 5 gauche
Paraparésie
Complications :
□Spasticité, localisation :
□ Tremblement 5 Athétose 5 Comitialité
□ Dyskinésie 5 Syndrome cérébelleux 5 Little
□ Troubles visuels 5 Troubles auditifs
Interventions subies :

VI- AUTRES PATHOLOGIES

Description du handicap, date de survenue, localisation, complications, … :
Interventions pratiquées :
Appareillage utilisé dans la vie quotidienne : □ OUI □ NON
Si oui, type :
Appareillage utilisé dans le sport : □ OUI □ NON

Bilan annuel simplifié :

- Y'a-t-il eu une évolution de votre handicap dans l'année ?
- Avez-vous dû interrompre votre activité sportive pour raisons de santé ?
- Avez-vous eu ne modification de votre traitement ?
- Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? pose d'un dispositif ?
- Avez-vous consulté votre médecin MPR ?

Bilan clinique :

- État cutané
- Mobilité articulaire
- Tests épaules
- Bilan rachis : mobilité, douleurs,
- Auscultation cardio respiratoire

Bilans complémentaires :

- Prises de constantes, ECG (demander épreuve d'effort si FDR)
- Poids, taille, IMC
- Bilan nutritionnel (importance pour qualité de la peau):
  - les déséquilibres entre apports et dépenses énergétiques,
  - les TCA (compulsions alimentaires, boulimie, orthorexie, restriction cognitive et anorexie),
  - les excès d'apports de graisses saturées, glucides simples et suppléments diététiques,
  - les insuffisances d'apports d'eau, fruits, légumes, produits laitiers et aliments glucidiques
  complexes d'index glycémiques faibles à moyens, et surtout l'hypoprotéinémie
  - la déstructuration et la dérégulation des repas, le grignotage.

A compléter par (sur décision du medecin du sport ayant réalisé l'examen) :

-bilan bio
- épreuve d'effort
- cs diététique
- Cs psychologue

FFSURF

BILAN DIETETIQUE

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

La façon de se nourrir fait partie intégrante de la préparation de l'athlète et contribue directement à sa performance.
Aliments = Énergie

Nom : **Sport :** **Date de naissance :**

Taille : Poids actuel : Poids de forme optimal :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation :

□ variée □ plutôt riche en féculents □ plutôt riche en graisses
□ plutôt riche en protéines □ végétarien □ végétalien

Appétit : □ bon □ moyen □ irrégulier □ mauvais

Objectifs : □ entretien □ augmentation de la masse musculaire
□ prise de poids □ amaigrissement

Aversions et/ou allergies alimentaires ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquelles :
Pathologies liées à l'alimentation ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquelles :
Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? □ Oui □ Non
J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de mon poids □ Oui □ Non
Mon poids fluctue de plus de 6 kgs dans la saison □ Oui □ Non
Je me trouve trop gros(se) □ Oui □ Non
La nourriture me préoccupe en permanence □ Oui □ Non
Régime antérieur ? □ Oui □ Non
Régime en cours ? □ Oui □ Non

LES REPAS : A QUELLE FREQUENCE PRENEZ-VOUS LES REPAS SUIVANTS ?

Petit-déjeuner □ Jamais □ Tous les jours □ Autre :
Déjeuner □ Jamais □ Tous les jours □ Autre :
Dîner □ Jamais □ Tous les jours □ Autre :
Collation □ Jamais □ Tous les jours □Autre :
□ Matin □ AM □ Soir
Détail des collations :
Grignotage □ Oui □ Non

HYDRATATION (COMBIEN BUVEZ-VOUS PAR JOUR)

Eau plate, gazeuse, infusions	□ 1/2 l.	□ 1 l.	□ + de.
Boissons sucrées (sirop, sodas)	□ 1 verre	□ 1 à 2 verres	□ + de 2 v
Boissons alcoolisées	□ 1 verre	□ 1 à 2 verres	□ + de 2 v
Thé/Café (préciser)	□ <1 Tasse	□ 1 à 3 Tasses	□ >3 T

Vous buvez :
□ Pendant les repas □ Entre les repas □ Pendant l'entraînement

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses
Fromages secs
Crème dessert, flan
Viandes/poissons/œufs/jambon
Féculents autres que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs
Pain/biscottes/céréales
Fruits
Légumes crus ou cuits
Avez-vous l'habitude de cuisiner "léger" (peu d'huile, de beurre…) □ Oui □ Non

COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ-VOUS ?

Sucreries (bonbons, glaces, barres choco...)	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Viennoiseries, pâtisseries	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Restauration rapide	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Charcuteries (saucisson, pâté...)	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Fritures, plats en sauce...	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4

PRENEZ-VOUS DES VITAMINES ET/OU ADDITIFS ?

Vitamine C □ Oui □ Non
Poly vitamines :
Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non
Compléments alimentaires ? □ Oui □ Non
Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non

PENDANT LE SPORT

Boissons à l'entraînement

Eau	□ Oui	□ Non
Boissons sucrées	□ Oui	□ Non
Boissons énergétiques	□ Oui	□ Non

Aliments à l'entraînement : (fruits, barres…)

Boissons en compétition

Eau	□ Oui	□ Non
Boissons sucrées	□ Oui	□ Non
Boissons énergétiques	□ Oui	□ Non

Aliments en compétition : (fruits, barres…)

AVIS DE L'EXAMINATEUR

Présente un trouble du comportement alimentaire ? □ Oui □ Non
Ce trouble nécessite-t-il un avis psychologique ? □ Oui □ Non
Ce trouble nécessite-t-il un avis diététique ? □ Oui □ Non
Ce trouble est-il compatible avec la poursuite en compétition ? □ Oui □ Non
Commentaires :

Identification et signature du praticien :

FFSURF

BILAN PSYCHOLOGIQUE

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

Nom : **Date de naissance :**

1. DIFFICULTÉS DE SOMMEIL (Endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence) :			oui ☐	non ☐
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (Perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)			oui ☐	non ☐
3. DIFFICULTÉS DE MÉMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION			oui ☐	non ☐
4. PRÉSENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :			oui ☐	non ☐
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (Tristesse, euphorie) :			oui ☐	non ☐
6. TROUBLES DES ÉMOTIONS (Froideur affective, indifférence, hyperémotivité)			oui ☐	non ☐
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÊNANT (Agitation, irritabilité, impulsivité, TOC,…) :			oui ☐	non ☐
8. PRÉSENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDÉES DÉLIRANTES :			oui ☐	non ☐
9. DIFFICULTÉS SOCIALES (Famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :			oui ☐	non ☐
10. TROUBLES DES DIFFÉRENTES FORMES D'EXPRESSION (Communication orale, écrite, gestuelle) :			oui ☐	non ☐
11. PRISE DÉCLARÉE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :				
	Alcool	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Tabac	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Cannabis et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Amphétamines et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Cocaïne et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Héroïne et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
12. SUIVI SUR LE PLAN ÉDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE :			oui ☐	non ☐
13. PRISE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES :			oui ☐	non ☐
14. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :			oui ☐	non ☐
15- **SOUHAITEZ-VOUS RENCONTRER UN(E) PSYCHOLOGUE DU SPORT ?**			oui ☐	non ☐

EXAMEN

Signal d'appel ? □ Oui □ Non

ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ? □ Oui □ Non

Commentaires :

Identification et signature du praticien :

FFSURF

QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

QUESTIONNAIRE SURENTRAÎNEMENT-P1	**OUI**	**NON**
Ce dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué		
Je fais des contre-performances		
Je me sens en état d'infériorité		
Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles		
J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes		
Je prends moins de plaisir à mon activité sportive		
Les séances me paraissent trop rapprochées		
Je supporte moins bien mon entraînement, les séances sont difficiles		
Je me fatigue plus facilement, J'ai parfois des malaises ou des étourdissements		
Je me blesse facilement		
Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos		
J'ai moins confiance en moi, Je m'irrite plus facilement		
J'ai les jambes lourdes		
J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive		
Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité		
J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle		
Je dors moins bien OU plus qu'avant		
Je somnole et baille dans la journée		
Mon désir sexuel a diminué OU J'ai des troubles des règles		
J'ai une sensation de palpitations		
J'ai moins d'appétit qu'avant OU Je mange davantage		
J'ai une sensation de gorge serrée		
Je maigris OU Je grossis		
J'ai souvent des troubles digestifs		
Je suis pessimiste, j'ai des idées noires		
Je prends moins de plaisir à mes loisirs		
Je me sens nerveux, tendu, inquiet		
J'ai plus souvent mal à la gorge		
Je m'enrhume fréquemment		
Je me sens souvent fatigué		

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Y-a-t-il eu au cours du mois un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ? □ Oui □ Non

Nombre de oui :

Nombre de non :

(Si plus de 12 à 15 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement)

FFSURF

QUESTIONNAIRE SURENTRAÎNEMENT – P2

Mon état physique

1	2	3	4
Très mal			Très bien

Je me fatigue

1	2	3	4
Plus vite			Plus lentement

Je récupère de mon état de fatigue

1	2	3	4
Plus lentement			Plus vite

Je me sens

1	2	3	4
Très anxieux			Très détendu

J'ai la sensation que ma force musculaire a

1	2	3	4
Diminué			Augmenté

J'ai la sensation que mon endurance a

1	2	3	4
Diminué			Augmenté

DES DIFFICULTES ?

Avez-vous eu des difficultés particulières de compréhension des questions ?

□ Oui □ Non

AVIS DE L'EXAMINATEUR

Présente un état de surentraînement ? □ Oui □ Non

Commentaires :

Identification et signature du praticien :

ÉLECTROCARDIOGRAMME AU REPOS